

PSICOLOGIA GENERALE

**LEZIONE 23
28.05.2021**

**Docente Diletta VIEZZOLI
dviezzoli@units.it**

La restituzione dei diritti agli internati

In quei primi anni il lavoro d'équipe si concentra sulla **ricostruzione dei bisogni e delle storie personali dei ricoverati**, nel tentativo di ricomporre il loro rapporto con le famiglie e i luoghi di provenienza.


Man mano che i grandi reparti vengono ridimensionati, si organizzano **gruppi di convivenza e gruppi appartamento**: dapprima all'interno dell'ospedale, poi in città.

Lo stile di lavoro è orientato al sistematico coinvolgimento e alla formazione degli infermieri, che devono abbandonare la tradizionale funzione di "custodi" per assumere un **ruolo attivo** e responsabile nel processo di cambiamento.

Tra le diverse forme di organizzazione dei pazienti, che cominciano a riunirsi fra di loro attorno a svariate iniziative ed attività, assume un particolare rilievo nel 1972 la costituzione della "**Cooperativa Lavoratori Uniti**" che associa circa **60** persone ricoverate, addette a mansioni di pulizia dei reparti, delle cucine e del parco.

L'attribuzione di un **regolare contratto sindacale** a ogni ricoverato - lavoratore rappresenta il risultato dell'impegno dei primi anni contro le pratiche di sfruttamento degli internati, impropriamente denominate "ergoterapia".

La stipula del contratto e il riconoscimento della cooperativa, sostenuti anche da uno sciopero dei degenti che lavorano presso i servizi generali dell'ospedale, anticipano i percorsi che negli anni successivi porteranno alla costituzione sempre più numerosa di cooperative sociali.



Nel '77 “il manicomio di Trieste, smontato pezzo dopo pezzo, sarà definitivamente chiuso, e la città si aprirà alla follia e alle sue contraddizioni”.

Il 13 maggio del 1978 verrà approvata la **Legge 180** che prevede la chiusura dei manicomi su tutto il territorio nazionale e la loro **sostituzione**, secondo l'esperienza triestina, con **centri territoriali**.

F. Basaglia morirà ad agosto del 1980.

Oggi parco di S.Giovanni e città sono un giardino aperto, un laboratorio di imprenditoria sociale, di attività assistenziali e creative, di proposte culturali e di alta formazione.



www.parcodisangiovanni.it
www.triestesalutementale.it



GLI ABITANTI DEL PARCO



Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste
Istituzioni



Teatrino Franca e Franco
Basaglia
Istituzioni

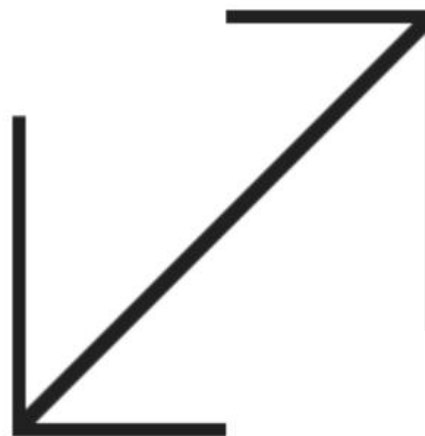
Centracon Centro servizi di
Ateneo per il trasferimento delle
conoscenze
Istituzioni

Cooperativa Sociale Lavoratori
Uniti "F. Basaglia" Soc Coop
ONLUS
Coop. Sociali

Agricola Monte san Pantaleone
- Cooperativa Sociale
Coop. Sociali



Associazione Franco Basaglia
Associazioni



CON/F/BASAGLIA conferenza
permanente per la salute
mentale nel mondo

Museo Nazionale dell'Antartide
Felice Ippolito - Sezione di
Trieste
Istituzioni



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

mentale nel mondo
Associazioni

Dipartimento di Scienze della
Vita
Istituzioni

Museo di Mineralogia e
Petrografia
Istituzioni



comune di trieste



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

la Collina
cooperativa sociale



Comune di Trieste
Istituzioni

Dipartimento di Matematica e
Geoscienze
Istituzioni

La Collina – Società Cooperativa
Sociale Onlus
Coop. Sociali

Cooperativa Sociale Il Posto delle
Fragole
Coop. Sociali



Mini Mu parco dei bambini San
Giovanni
Associazioni



Duemilauno – Agenzia sociale
Coop. Sociali



RadioFragola
Associazioni



Istituto Tecnico Statale DRŽAVNI
TEHNIŠKI ZAVOD ŽIGA ZOIS
Istituzioni



Amatori Bonsai Trieste
Associazioni

lister
sartoria sociale

Lister Sartoria Sociale
Associazioni



Associazione Culturale
NADIRpro
Associazioni



Accademia della Follia
Associazioni



Associazione Asso di Giada
Associazioni



Confini Impresa Sociale
Coop. Sociali

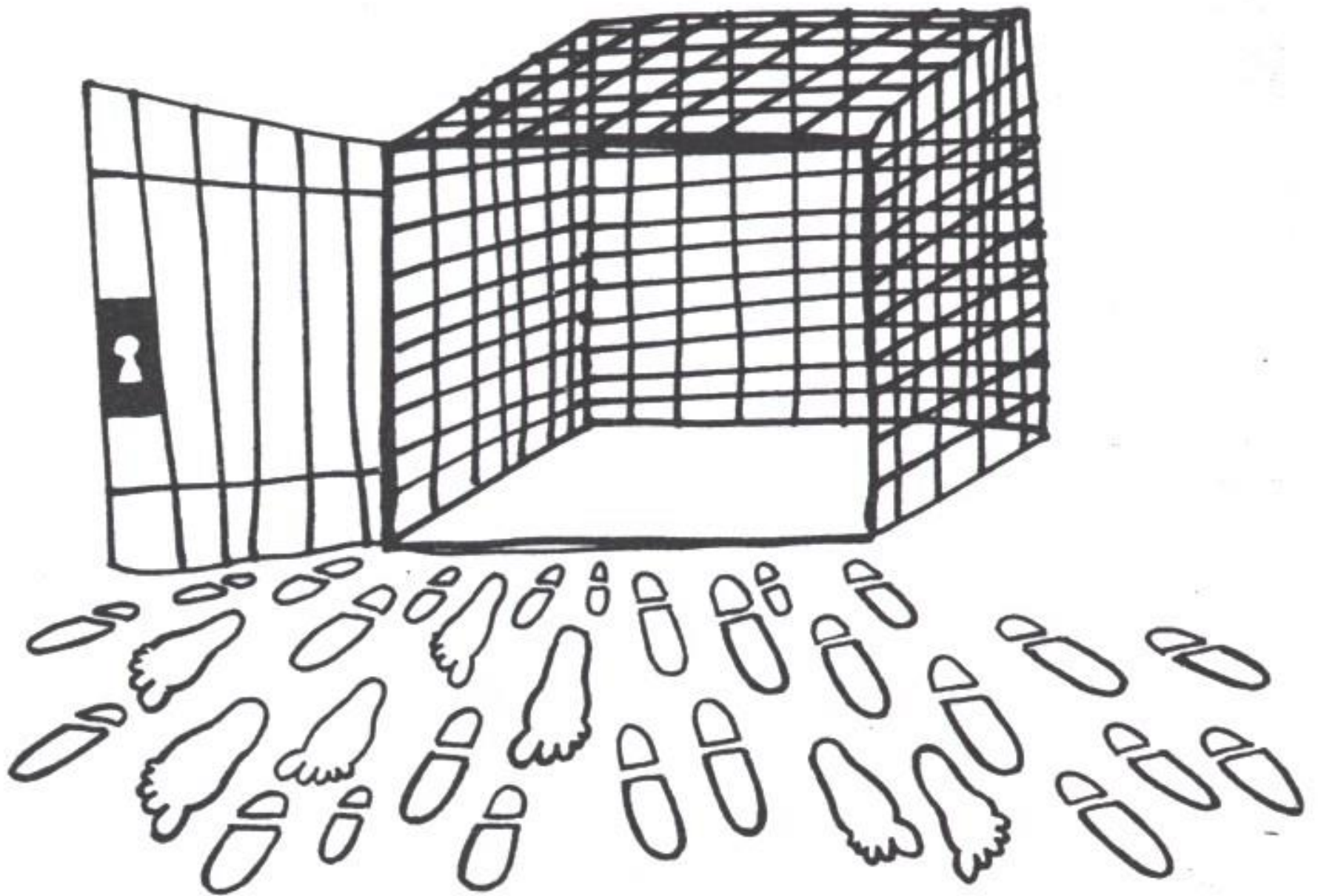
**Palestra
EMME GYM**

Articolo 32

.....l'impossibile può diventare possibile

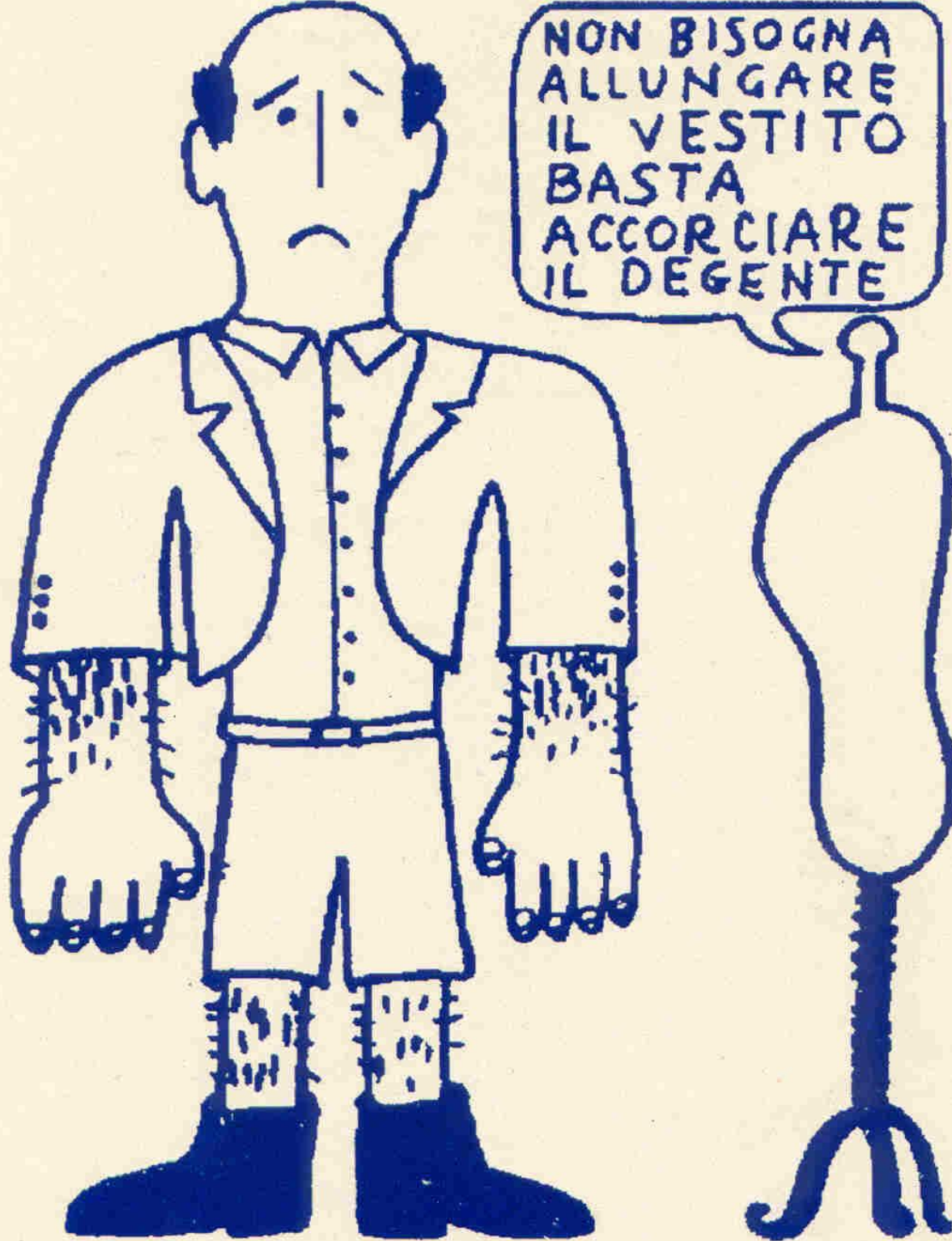


LA LIBERTA' E' TERAPEUTICA



LA LIBERTÀ È TERAPEUTICA





COSA OFFRIRE DOPO L'ESPERIENZA DEI MANICOMI ?

Il processo di deistituzionalizzazione



trieste 

la libertà è terapeutica

dipartimento di salute mentale trieste



[mappa del sito](#) [numeri/siti utili • redazione](#)



WHO Collaborating Center
for Maternal and Child Health
Trieste Italy

All'inizio del '75 i ricoverati sono 800, di cui 90 coatti, 150 volontari e 460 ospiti; il turnover è di circa 1700 pazienti.

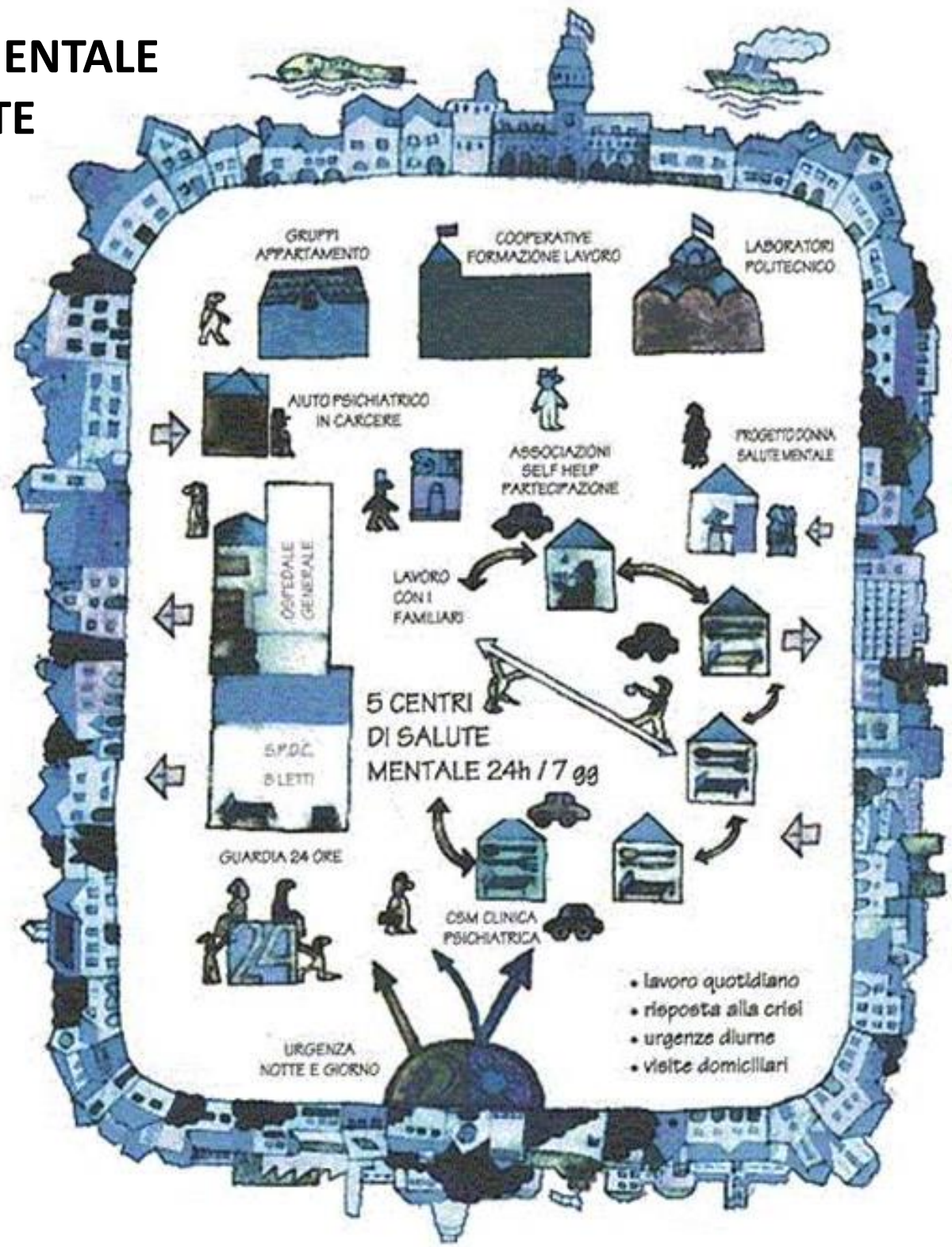
Molti dimessi hanno già trovato collocazione all'esterno: qualche volta in famiglia, più spesso in gruppi appartamento e in abitazioni autonome, ottenute in affitto dall'ente case popolari.

I primi presidi territoriali vengono attivati tra il '75 e il '76: si tratta di strutture inizialmente finalizzate al supporto dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico, ma quasi subito vengono utilizzate nella presa in carico di pazienti in crisi.

Funzionanti come centri di riferimento diurno, hanno l'effetto di ridurre in modo consistente il numero dei nuovi ingressi in ospedale, oltre che la frequenza e la durata dei ricoveri.

I primi Centri di Salute Mentale nascono dunque in anticipo rispetto alla legge 180.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E LA RETE DEI SERVIZI DI TRIESTE



Il Dipartimento di Salute Mentale

Istituito nel **1981**, il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato progressivamente definito nelle sue funzioni e nei suoi compiti :

- **compito terapeutico** (attività psichiatriche, ambulatoriali e domiciliari, interventi d'urgenza e di risposta alla crisi)
- **compito riabilitativo** (agire per sviluppare le capacità della persona, poche o tante che siano, migliorare la sua autonomia e le sue relazioni)
- **compito di reintegrazione sociale** (creare le condizioni necessarie per includere la persona nella vita collettiva con programmi terapeutici e riabilitativi, risorse economiche e relazionali, opportunità lavorative ed abitative)

LE UNITA' OPERATIVE SUL TERRITORIO

4 Centri di Salute Mentale (CSM)

1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale Maggiore

1 Clinica Psichiatrica Universitaria

1 Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)

Tante Strutture residenziali e semi-residenziali (SR)

I CSM

Il centro di salute mentale è luogo di accoglimento e di scambio, occasione di rapporto, possibilità di stare almeno temporaneamente fuori da una situazione familiare difficile.

- Riconoscimento e gestione della crisi nel centro sulle 24 ore
- Programmi terapeutici riabilitativi individualizzati
- Protagonismo, partecipazione e coinvolgimento dell'utenza
- In/formazione per i familiari

I CSM

Intervenire su una popolazione compresa tra i 50.000 e gli 80.000 abitanti.

Essere facilmente accessibile e raggiungibile senza difficoltà anche con i mezzi di trasporto pubblico.

Solo **alcuni esempi** di attività :

- promozione di attività di auto aiuto
- percorsi rivolti all'associazionismo (gruppo Articolo 32)
- attività ricreative e ludiche
- attività di formazione di base, professionale e di impresa sociale
- inserimento lavorativo, inserimento sociale
- servizio di consulenza in carcere
- integrazione con i distretti sanitari

40

Legge 180

1978-2018

Per un'Italia **senza** manicomi



L'ALTRA META' DELL'INFORMAZIONE

Speciale Legge 180

Ricordare, Riflettere, Progettare

www.180gradi.org



NASCONO NUOVI PROGETTI: LE MICROAREE

Il modello delle microaree di Trieste funziona. Lo dimostrano due studi scientifici, realizzati dalle Università di Torino e di Udine, i cui dati sono stati presentati oggi durante il convegno “La comunità che fa salute - le microaree di Trieste per l'equità”. Le attività svolte nelle microaree incidono in maniera significativa sul tessuto sociale e sullo stato di salute delle persone che vi risiedono, e questo miglioramento è stato quantificato grazie all'utilizzo di alcuni indicatori. “Solo trasformando le condizioni sociali, ambientali, strutturali e culturali - ha dichiarato in apertura Adriano Marcolongo, Direttore Generale di ASUITs -, si può incidere sulla salute della comunità. In questo contesto scientifico e professionale è nata l'idea delle microaree”.

COSA SON LE MICROAREE

Il programma Habitat Microaree inizia nel 1998. Esperienza che coinvolge il Comune, l'Ater e l'Azienda Sanitaria.

Le microaree **sono piccole aree periferiche della città, urbane ed extraurbane**, che vanno da 400 a 2.500 abitanti, caratterizzate per lo più da grandi insediamenti di caseggiati Ater.

Oggi le microaree sono 16: Gretta, Villa Carsia, Vaticano, Ponziana, Campi Elisi, Cittavecchia, Valmaura, Grego, Giarizzole, Altura, Negri, Zindis, Soncini-Caccia Burlo, Melara, S. Giovanni, Cumano e comprendono una popolazione di circa 18.000 abitanti.

LE MICROAREE=Welfare di comunità

La Microarea, presente in aree prescelte della città di Trieste, svolge **attività di socializzazione, formative e ricreative, finalizzate a favorire l'incontro e il dialogo tra persone, e prevenire così l'emarginazione delle fasce più deboli della popolazione e lo sviluppo di situazioni di conflitto.**

Questo lavoro di **mediazione tra persone e gruppi sociali diversi**, con interessi diversi, è ritenuto fondamentale in quanto rappresenta un lavoro concreto per l'avvicinamento tra istituzioni e cittadini e viceversa.

In ciascuna Microarea sono presenti:

gli operatori di Cooperative sociali che svolgono attività socio educativa per conto del Comune, i volontari delle Associazioni, operatori per conto dell'ATER e il servizio di portierato sociale; un operatore a tempo pieno dell'Azienda sanitaria, che funge da "Referente" di Microarea.

***LA CITTA' CHE
CURA***

Documentario di Erika Rossi

La deistituzionalizzazione nel mondo.

Questo termine viene spesso definito in modo non univoco e riduttivo e talvolta confuso con il superamento del manicomio e con la deospedalizzazione, che sono solo una parte della deistituzionalizzazione stessa.

Attualmente in tutti i Paesi ad alto livello di sviluppo, manicomi vengono progressivamente chiusi, mentre i nuovi servizi di comunità sono sempre più ricchi di funzioni e risorse.

Tuttavia, soltanto in Italia si è realizzato il Dipartimento di salute mentale, l'unica istituzione che fornisce assistenza psichiatrica senza ricorrere al ricovero manicomiale.

L'OMS attribuisce grande importanza al modello italiano di assistenza psichiatrica, di cui la deistituzionalizzazione è il presupposto.



**GOOD PRACTICE SERVICES:
PROMOTING HUMAN RIGHTS &
RECOVERY IN MENTAL HEALTH**
Trieste, 23-26 September 2019





Campagna internazionale per l'abolizione della contenzione fisica

**INTRODUZIONE AI
DISTURBI ALIMENTARI (DCA)**

Secondo la definizione del DSM-5 i **disturbi alimentari** sono caratterizzati da **comportamenti inerenti l'alimentazione che portano ad un alterato consumo o assorbimento di cibo** tali da compromettere significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

I **disturbi alimentari** sono caratterizzati da comportamenti specifici come:

- eccessiva preoccupazione per il proprio peso;
- eccessiva preoccupazione per la propria forma fisica;
- calo del consumo di cibo;
- diete;
- abbuffate;
- vomito;
- abuso di diuretici, lassativi o pillole per dimagrire.

DCA sono dunque le **problematiche che riguardano il rapporto di una persona col cibo**. Questi disturbi condizionano molto la vita privata e sociale perché portano a pensare costantemente al cibo, alla forma fisica e al peso.

Spesso **impediscono di riconoscere e affrontare stati emotivi negativi** come ansia, rabbia, insicurezza, tristezza o delusione.

Tutti questi stati si esprimono e sono vissuti esclusivamente sotto forma di preoccupazioni e pensieri ossessivi **riguardanti il corpo e il cibo**.

I **disturbi alimentari** colpiscono soprattutto la popolazione femminile con un rapporto 9:1 (Hoek et al., 2003), ma questo rapporto si affievolisce nella fase adolescenziale dove la forbice può restringersi fino a 3:1 (Kjlesas et al, 2004).

L'adolescenza infatti risulta essere il periodo della vita con il rischio più alto di sviluppare un **disturbo alimentare**, fino al 40% di nuovi casi l'anno (Herpetz-Dahlmann et al.,2011).

Inoltre la letteratura mostra anche come l'aver avuto comportamenti di **disturbo alimentare** in adolescenza aumenta il rischio che questi continuino per almeno 10 anni (Neumark-Sztainer,2011).

Principali cause dei disturbi alimentari

Fattori fisici:

- ereditarietà;
- precedenti diete dimagranti;

Fattori psicologici:

- rapporti familiari problematici;
- traumi infantili;
- violenza sessuale;
- trasformazione dell'anoressia nervosa preesistente;
- tendenza al perfezionismo unita al senso di inefficacia;
- bassa stima di sé;
- depressione;
- stile passivo di comportamento;
- preoccupazioni relative al peso e alla linea.

Fattori sociali:

- influenze della moda attraverso i media;
- enfaticizzazione della magrezza come attributo della bellezza, del successo e della felicità;
- derisione per il proprio aspetto fisico nell'infanzia e nell'adolescenza.



ANORESSIA BULIMIA

Il rapporto con il cibo non è sempre facile. Un'alta percentuale di ragazze e ragazzi vivono in maniera conflittuale il rapporto con il proprio corpo e il proprio peso.

Essere magri è una moda, e a volte quello che fai per dimagrire può farti del male. Potresti sentire il bisogno di dimagrire anche se tutti ti dicono che sei bellissima/o, e magrissima/o. Potresti sentire il bisogno di controllare quanto mangi e questo potrebbe darti una sensazione di grande sicurezza.

Ti potrebbe capitare di fare fatica a trattenerti, o di mangiare tutto quello che ti trovi davanti, mangiare di nascosto o di mangiare molto nel tentativo di sentirti meno triste.

Se ti è successo di trovarti in **situazioni simili**, forse il tuo rapporto con il cibo si è fatto un po' difficile. Potresti trovarti ad affrontare un disturbo alimentare.

Che cosa ti succede?

- **Che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare (DCA)?**
- **Che cos'è l'anoressia?**



ANORESSIA

È un disturbo che si manifesta con il **rifiuto del cibo** e la **paura ossessiva di ingrassare**, anche quando si è normopeso o addirittura sottopeso. Uno dei sintomi principali è la perdita di peso. Prima graduale, poi sempre più marcata, fino a superare i limiti di sostenibilità per la salute fisica e psichica.

Chi ne soffre passa la maggior parte del proprio tempo a **pensare all'alimentazione, al digiuno e alla forma fisica** cercando costantemente di tenere tutto questo sotto controllo. L'autostima è prevalentemente basata sull'aspetto fisico e sulla capacità di controllare il peso e l'alimentazione.

Anche modeste quantità di cibo vengono considerate eccessive, oppure si evitano totalmente determinati cibi perché ritenuti troppo calorici.

L'anoressia ti fa avere un'**immagine distorta del tuo corpo** (o di alcune sue parti) su cui concentri ossessivamente la tua attenzione. Il corpo diventa così un motivo di forte disagio, perché ritenuto sempre e comunque grasso, e ti impedisce di piacere a te stessa/o.

L'anoressia si divide in due sottogruppi: l'**anoressia restrittiva**, che ha come sintomo prevalente quello di controllare attentamente la quantità di cibo ingerito, e l'**anoressia purgativa**, che oltre alla restrizione alimentare comprende uno o più comportamenti di eliminazione del cibo per diminuire ulteriormente l'apporto calorico. Per esempio il vomito o l'uso eccessivo di lassativi e diuretici.

BULIMIA

La bulimia è un disturbo che porta a **mangiare grandi quantità di cibo in poco tempo senza riuscire a fermarsi**. Talvolta fino a consumare tutto il cibo a disposizione.

Chi soffre di bulimia **si sente in colpa dopo l'abbuffata e prova a rimediare compensando in vari modi**. Per esempio digiunando, o facendo attività fisica in quantità esagerata, o magari cercando di eliminare ciò che ha ingerito inducendosi il vomito.

Si innesca così un **circolo vizioso fra abbuffata, condotte di compensazione e restrizione calorica**, che porterà a crisi bulimiche sempre più frequenti e ravvicinate tra loro.

Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con **disturbi alimentari** deve sempre includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali.

È stato dimostrato che la **Terapia Cognitivo Comportamentale** è molto indicata per i **disturbi alimentari**. Essa prevede l'uso di diari che consentono di monitorare l'assunzione di cibo, i comportamenti compensatori, un lavoro sulle emozioni e sui pensieri connessi al cibo, all'aspetto fisico, al peso.